

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 10 décembre 1886, à 1 heure*

PAR

Alexandre d'ÆLSNITZ

Né à Moscou (Russie), le 19 octobre 1848

DE LA

PACHYVAGINALITE SYPHILITIQUE

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

Juges : { MM.  
VERNEUIL, professeur.  
LANDOUZY, RECLUS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine 23,

1886



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

34

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 10 décembre 1886, à 1 heure*

PAR

Alexandre d'ÆLSNITZ

Né à Moscou (Russie), le 19 octobre 1848

DE LA

PACHYVAGINALITE SYPHILITIQUE

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

Juges : { MM.  
VERNEUIL, professeur.  
LANDOUZY, RECLUS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS  
IMPRIMERIE DES ÉCOLES  
HENRI JOUVE  
23, rue Racine 23,  
1886

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCL. RD.  
Professeurs..... MM.

|                                                                                  |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                                    | SAPPEY.        |
| Physiologie.....                                                                 | BECLARD.       |
| Physique médicale.....                                                           | GAVARRET.      |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                         | A. GAUTIER.    |
| Histoire naturelle médicale.....                                                 | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                                       | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                                         | PETIT.         |
| Pathologie chirurgicale.....                                                     | DAMASCHINO.    |
| Anatomie pathologique.....                                                       | GUYON.         |
| Histologie.....                                                                  | LANNELONGUE.   |
| Opérations et appareils.....                                                     | CORNIL.        |
| Pharmacologie.....                                                               | MATHIAS DUVAL. |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                           | DUPLAY.        |
| Hygiène.....                                                                     | REGNAULD.      |
| Médecine légale.....                                                             | HAYEM.         |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et<br>des enfants nouveau-nés..... | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                                  | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                                        | TARNIER.       |
| Clinique médicale.....                                                           | LABOULBÈNE.    |
| Clinique des maladies des enfants.....                                           | VULPIAN.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de<br>l'encéphale.....            | G. SEE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                             | HARDY.         |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                                    | POTAIN.        |
| Clinique chirurgicale.....                                                       | JACCOUD.       |
| Clinique ophthalmologique.....                                                   | GRANCHER.      |
| Clinique d'accouchements.....                                                    | BALL.          |
|                                                                                  | FOURNIER.      |
|                                                                                  | CHARCOT.       |
|                                                                                  | RICHET.        |
|                                                                                  | VERNEUIL.      |
|                                                                                  | TRELAT.        |
|                                                                                  | LE FORT.       |
|                                                                                  | PANAS.         |
|                                                                                  | PAJOT.         |

Doyen honoraire : M. VULPIAN.  
Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

### Agrévés en exercice.

| MM.           | MM.        | MM.        | MM.           |
|---------------|------------|------------|---------------|
| BLANCHARD.    | GARIEL.    | LUTZ.      | RIBEMONT.     |
| BOUILLY.      | GUEBHARD.  | PEYROT.    | DESSAIGNES.   |
| BUDIN.        | HALLOPEAU. | PINARD.    | RICHELOT.     |
| CAMPENON.     | HANOT.     | POUCHET.   | RICHET.       |
| CHARPENTIER.  | HANRIOT.   | QUINQUAUD. | ROBIN Albert. |
| DEBOVE.       | HUMBERT.   | RAYMOND.   | SEGOND.       |
| FARABEUF,     | HUTINEL.   | RECLUS.    | STRAUS.       |
| chef des tra- | JOFFROY.   | REMY.      | TERRILLON.    |
| vaux anatomi- | KIRMISSON. | RENDU.     | TROISIER.     |
| ques.         | LANDOUZY.  | REYNIER.   |               |

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

## PACHYVAGINALITE SYPHILITIQUE

---

### INTRODUCTION

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à insister sur la nécessité de faire disparaître l'ancienne terminologie des tumeurs des bourses, qui est encore généralement employée, malgré son insuffisance évidente. La division en hydrocèles et hématoèles, en spermatocèles, galactocèles et sarcocèles introduit un faux principe de classification, qui ne tient compte ni de la pathogénie, ni de l'anatomie pathologique. Elle classe sous la même étiquette des tumeurs qui n'ont de commun que la couleur et le plus ou moins de transparence présenté par leur contenu ; elle donne des noms différents à des maladies parfaitement analogues. Tel épanchement contenu dans la cavité vaginale à parois épaissies, doublées de néomembranes, donnera à la première ponction du sang et nous l'appelons hématoèle ; quinze jours plus tard, une nouvelle ponction retire du liquide transparent, citrin ou légèrement rosé, et nous voilà obligés de rebaptiser notre maladie et de l'appeler hydroèle. Ce même nom, nous le voyons appliqué à un épanchement séreux entre les feuillets de la vaginale très peu altérée et même à un simple œdème des bourses qui figure sous le nom « d'hydroèle »

par infiltration » (Vidal). Nous ne voyons pas de grande différence entre cette classification et celle d'Ambroise Paré, qui nous parle de « hargne charneuse, hargne venteuse, hargne variqueuse, hargne humorale. » Et pourtant cette terminologie persiste, quoique la nécessité d'en sortir se manifeste chaque jour. Jamain, dans sa thèse de concours, le comprend et rapproche la forme à contenu séreux de l'hématocèle. De même, Vidal de Cassis, en parlant d'hydrocèles à parois considérablement épaissies, admet que ces altérations appartiennent plutôt à l'hématocèle. La classification rationnelle de Kocher, qui établit une parfaite analogie entre les affections de la séreuse testiculaire et celles des autres séreuses du corps humain, n'a pas pénétré en France, et c'est tout récemment que Reclus et Tédénat remplacent le terme impropre de l'hématocèle spontané par le nom plus explicatif de *pachyvaginalite*, qui réunit en un groupe les trois variétés de la « périorchite chronique plastique » de Kocher (adhésive, proliférante, hémorrhagique). En simplifiant cette classification par trop détaillée, le nom de *pachyvaginalite* nous paraît expressif et pratique, et nous l'emploierons de préférence pour désigner les vaginalites chroniques avec épaissement considérable de la séreuse et formation de néomembranes, que la cavité vaginale soit vide ou remplie d'épanchement, que cet épanchement soit limpide ou composé de sang plus ou moins pur. Nous nous servirons quelquefois de l'expression d'hématocèle, trop usuelle pour s'en passer complètement, lorsqu'il s'agira de préciser le caractère hémorrhagique de la *pachyvaginalite*.

Nous consacrons ce travail principalement à l'étude d'une forme spéciale de pachyvaginalite que nous avons vu accompagner la syphilis testiculaire. A côté de l'observation qui nous est personnelle, nous avons pu en réunir plusieurs autres, et nous croyons que désormais la pachyvaginalite syphilitique, peu connue jusqu'à présent, sera définitivement reçue au nombre des variétés cliniques de cette affection de la vaginale. Toutefois, il nous semble que la valeur de nos observations dépasse une simple constatation de faits cliniques plus ou moins curieux ; nous croyons qu'elles apportent des preuves nouvelles en faveur du caractère presque toujours secondaire de la pachyvaginalite qui dépend fréquemment de lésions primitives du testicule.

C'est donc la pathogénie de la pachyvaginalite qui nous occupera en premier lieu. Nous n'avons pas la prétention de donner une étude complète de cette maladie. Nous ne nous occuperons ni de l'historique de l'hématocèle, ni de ses symptômes, ni de son traitement. Chez les auteurs qui se sont occupés de cette question, nous ne rechercherons que ce qui concerne la pathogénie des vaginalites et particulièrement leurs rapports avec la glande spermatique. Quant à l'histoire de l'hématocèle, nous ne relèverons que le travail remarquable de Gosselin. Son article dans les *Archives génér. de méd.* produisit une véritable révolution dans la pathogénie de l'hématocèle : dans la forme dite « spontanée » de cette affection, l'épanchement n'est plus ni spontané, ni primitif, comme le pensaient Cooper, Velpeau, Cloquet ; il est précédé par un épaissement de la séreuse, par la formation de

néomembranes vascularisées dont les vaisseaux friables se rompent et donnent lieu à des hémorrhagies. Mais ce qui est resté primitif pour Gosselin, c'est la vaginalite elle-même ; — or, nous tâcherons de démontrer que la pachyvaginalite, aussi bien que les autres affections inflammatoires de la séreuse testiculaire, n'est également que secondaire, du moins dans la majorité des cas. — Ce travail, inspiré par notre maître, M. Paul Reclus, ne représente en grande partie que le reflet de ses idées, exposées dans l'article *Hématocèle* du *Dictionnaire* de Déchambre, actuellement sous presse, article dont une partie a été publié dans la *Gazette hebdomadaire* du 24 septembre dernier. L'auteur a bien voulu nous en communiquer les épreuves, et nous profitons de l'occasion pour le remercier du concours bienveillant qu'il nous a souvent accordé. Nous remercions également M. Tédénat qui a mis à notre disposition deux nouvelles observations inédites.

## I

Avant de nous occuper des causes qui donnent lieu au développement de la pachyvaginalite, envisageons le mode de formation de ces néomembranes qui, disions-nous, constituent l'élément essentiel de la maladie. Nous ne saurions mieux faire que de citer la description qu'en donnent Reclus et Brissaud :

« Le mode de formation de ces néomembranes rappelle trait pour trait le développement des couches stratifiées de la pachyméningite, la mieux étudiée des inflamma-

tions chroniques des séreuses : un petit caillot fibrineux se dépose sur la séreuse sans l'altérer, malgré son adhérence il ne paraît, au microscope, constitué que par un réseau où les leucocytes abondent ; on trouve bien quelques globules rouges, mais disséminés, tandis que les globules blancs sont groupés en amas qui ne sont autre chose que des centres de coagulation. Dès le début, l'inflammation chronique est donc sèche ; bientôt ce petit caillot fibrineux s'étend et prend les apparences d'une lamelle facile à décoller avec l'ongle, sans adhérence intime avec le revêtement endothélial. Ce n'est qu'une sorte de placage, car l'endothélium est sain et, lorsque la lamelle est enlevée, alors même que son épaisseur égale  $1/2$  millimètre, la séreuse sous-jacente n'a subi aucune altération, à tel point qu'une fois la fibrine détachée, on n'en saurait plus trouver le siège primitif. La fausse membrane, encore simple coagulum emprisonnant des leucocytes dans ses mailles, commence à s'organiser. Sa couleur se modifie ; elle devient plus blanche, plus résistante, et ses leucocytes, loin de mourir, se transforment en cellules étoilées qui deviennent bientôt cellules à grands prolongements angioplastiques ; dès lors, nous avons une petite néomembrane qui contracte des adhérences plus intimes avec les parois de la séreuse dont l'épithélium se laisse pénétrer par des pointes angioplastiques.

« Les cellules angioplastiques vont parcourir le cycle de leur évolution naturelle : elles deviennent des vaisseaux sanguins qui s'alimentent aux réseaux sous-séreux. Ces capillaires ont d'énormes dimensions : ce sont, pour la

plupart, de petites artérioles possédant une tunique moyenne et une tunique adventice, mais les anastomoses sont rares entre les vaisseaux de la néomembrane et ceux du tissu sous-séreux : les adhérences, plus résistantes cependant qu'au premier jour, ne sont jamais bien intimes ; quelle que soit l'épaisseur de la néomembrane, elle se détache facilement et la séreuse sous-jacente conserve son apparence normale et son aspect primitif. La fragilité des parois vasculaires en explique la facile rupture et les hématomes qui s'accumulent parfois entre la séreuse et la néomembrane. La collection se résorbe le plus souvent et ne laisse à sa place qu'un interstice ocreux, mais elle peut persister lorsqu'elle est plus abondante et le sang rester liquide presque indéfiniment. Quoi qu'il en soit, le dépôt cruorique sert d'appel à une nouvelle formation fibrineuse d'où résulte un nouveau placage, de nouvelles néomembranes, des formations vasculaires nouvelles, avec de nouvelles hémorrhagies. Et c'est ainsi que la séreuse accumule ses stratifications. »

Nous tenions à commencer notre étude par cet exposé clair et fidèle du processus pathologique qui a lieu dans la séreuse et que nous appelons pachyvaginalite. Pour juger du rapport entre ce processus et d'autres qui se passent dans les organes voisins, il importait de le connaître avant d'aborder la question des causes qui peuvent le provoquer.

Presque tous les auteurs citent des pachyvaginalites *sans aucune cause appréciable*, mais déjà Cooper remarque que dans ces cas il y a quelque défaut, « something wrong » dans la constitution de l'indi-

vidu. Il y voit une maladie du foie, nous, y verrions plutôt la syphilis, la tuberculose ou des maladies préexistantes du système génito-urinaire.

Au nombre des causes admises nous mentionnerons en premier lieu *le traumatisme*. Il existe incontestablement des cas dans lesquels cette cause est la seule qu'on puisse invoquer ; toutefois, nombre de pachyvaginalites attribuées par les malades à un traumatisme, lui sont en réalité antérieures, et c'est souvent à propos du traumatisme que les malades remarquent une lésion déjà plus ou moins ancienne. Du reste, lorsqu'il s'agit même de l'hématocèle dite traumatique, il faut supposer dans la plupart des cas une altération préexistante de la vaginale, sa vascularisation anormale. L'expérience suivante de Kocher prouverait, il nous semble, que l'hématocèle traumatique dans les bourses saines, si toutefois elle est possible, ne doit avoir lieu que très rarement : — « Un chien de taille moyenne fut disposé de façon que ses bourses reposaient sur un plan résistant en bois. Après avoir narcotisé l'animal, on prit un marteau et asséna plusieurs coups très forts sur le testicule. L'un des testicules fût extirpé une demi-heure après, lorsque le scrotum ne présentait d'autres altérations qu'une suppression sanguine insignifiante ; on trouva des petites ecchymoses isolées, rondes et oblongues, sous l'enveloppe séreuse de l'épididyme et dans l'endroit où celle-ci se continue avec la séreuse du testicule, surtout dans la partie inférieure. Le parenchyme testiculaire était sans altérations ; point d'épanchement dans la cavité vaginale. Le deuxième testicule fut enlevé au bout de trois semaines et l'on n'y

trouva pas trace d'épanchement sanguin ; seulement dans le tiers inférieur de l'épididyme, sous la surface du côté externe s'était développé un abcès du volume d'un pois. »

Les *ponctions* de l'hydrocèle, suivies ou non d'injections iodées seraient également capables de provoquer une hématoçèle, mais Reclus pense que dans ces conditions la séreuse avait été préalablement altéré et que « la ponction et l'injection iodée n'ont fait qu'aggraver une pachyvaginalite en formation ou déjà formée. » Quant aux cas où, dans le traitement de l'hydrocèle, un vaisseau de la glande a été ouvert par la pointe du trocart, ils ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.

L'épanchement sanguin survenant par rupture de la vaginale chez un individu porteur d'une hydrocèle, soit à la suite d'un accroissement rapide de la tumeur, soit par traumatisme, ne paraît pas exceptionnel. Nous trouvons des cas semblables chez Cooper et dans la thèse de Jamain (cas de J. L. Petit) ; Kocher cite des observations analogues de Langenbeck et de Walther, enfin Reverdin en a réuni un certain nombre, dont trois personnelles.

Il est vrai que, dans quelques-uns de ces exemples, malgré le nom d'hydrocèle que portait la tumeur primitive, il s'agissait plutôt de pachyvaginalites à parois épaissies et vascularisées, que de simples periorchites séreuses.

Que l'*effort*, si souvent invoqué par les malades comme cause de leur hématoçèle, puisse déterminer une hémorrhagie dans une vaginale couverte de néomembranes à vaisseaux friables, nous n'y verrions rien d'étonnant.

Mais le sang peut-il s'épancher, sous l'impulsion d'un effort, dans une vaginale parfaitement saine ? On cite des observations qui tendraient à le prouver et l'expérience suivante de Kocher nous paraît en expliquer le mécanisme. — Sur le cadavre d'un homme jeune et vigoureux, le cordon spermatique est mis à nu et on lie une canule le long du canal déférent ; on pousse une injection de gélatine ; elle provoque une tuméfaction de la grosseur du poing, qui cache en partie le testicule ; la masse molle a pénétré dans le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme et affleuré le bord postérieur du testicule ; en ce point la vaginale soulevée par la gélatine est fortement tendue et présente une foule de petites fissures à travers lesquelles l'injection filtre dans la cavité de la séreuse qui contient une couche de gélatine épaisse de 1 centimètre. — C'est d'une façon analogue qu'agit l'effort : le sang de l'abdomen est refoulé dans les vaisseaux qui peuvent se rompre ; un hématome diffus du cordon spermatique se produit ; il fuse sous la séreuse, la perfore, et l'épanchement sanguin intravaginal est bientôt constitué. Or, l'épanchement par lui même peut devenir le point de départ d'une pachyvaginalite, comme le voulait Velpeau, quoique autrement qu'il ne se l'imaginait.

Voici les causes pour ainsi dire extérieures qu'on a invoquées pour la pachyvaginalite. Tout ce qui ne pouvait être classé dans cette catégorie fût longtemps regardé comme spontané, ayant son point de départ dans la séreuse même. On n'osait étendre à la pachyvaginalite le caractère secondaire, la dépendance de lésions testiculaires que plusieurs auteurs avaient soupçonnée et obser-

vée pour la vaginalité aiguë et l'hydrocèle. Kocher, le premier, le proclama, et Reclus donna à cette question importante le développement qu'elle mérite. C'est à l'appui de cette thèse générale que nous avons réuni quelques observations de pachyvaginalite syphilitique.

## II

Voulant prouver le caractère secondaire de la pachyvaginalite, nous croyons pourtant qu'il sera utile de passer en revue les autres formes de la périorchite. Tout en présentant des phénomènes cliniques très-distincts, elles sont liées par une étroite parenté au point de vue anatomo-pathologique. Une hydrocèle ou « périorchite chronique séreuse, » comme l'appelle Kocher, pourra facilement revêtir les caractères d'une pachyvaginalité sous l'influence de causes extérieures ou intérieures; ses causes, sa pathogénie se confondront nécessairement jusqu'à un certain point avec celles de la pachyvaginalite.

Reclus, dans son article sur l'hématocèle, note que le caractère secondaire des affections des séreuses est un fait qui ressort de la pathologie générale, que, peu sensible par elles-mêmes, elles sont, au contraire, très-sensibles aux altérations des organes qu'elles enveloppent. « Les arthrites aiguës ou chroniques deviennent de plus en plus une affection des extrémités osseuses; les synovites sont souvent des ténosités; les pleurésies évoquent l'idée d'une lésion pulmonaire et, pour ce qui est de la glande spermatique. . . . nombre de poussées fluxion-

naires, de congestions de courte durée, de contusions légères et répétées peuvent, à chaque coup, laisser un stigmate sur la séreuse qui s'épaissit de plus en plus. N'explique-t-on pas ainsi les adhérences pleurales que révèlent les autopsies, les fibromes cornéens du foie et de la rate, les « leucomes » du péricarde et nos pachyvaginalites spontanées? »

Ce qui est vrai pour les autres séreuses, pourquoi ne serait-il pas applicable à la séreuse testiculaire? Du reste les faits de lésions du testicule concomitantes avec celles de la vaginale ont été remarqués depuis longtemps. Hunter, Pott, J. L. Petit, Cooper, Curling, Velpeau, Pitha, Vidal, Panas indiquent des cas incontestables de vaginalite chronique consécutive à des lésions testiculaires, mais n'osent généraliser ce fait. Panas fait un grand pas dans cette direction sans se décider pourtant à pénétrer dans le domaine de l'hématocèle, dont le caractère primitif paraissait fixé par la tradition. Trouvant le testicule altéré, pâli dans l'hématocèle, Gosselin y voit une analogie avec les tumeurs blanches, « où nous voyons les os pâlir et s'amoinrir en raison de la vascularisation anormale de la séreuse. » Plus tard, quand le caractère primitif de l'altération de l'os dans la tumeur blanche fût constaté comme un fait presque général, cet observateur aurait pu pousser l'analogie plus loin et conclure à la lésion primaire du testicule.

Kocher indique la valeur de ces faits et se décide à proclamer le caractère presque toujours secondaire de toutes les vaginalites, en commençant par la vaginalite aiguë qui accompagne l'orchite blennorrhagique et en fi-

nissant par toutes les variétés des périorchites chroniques. « Il est curieux de voir et nous le noterons dans l'intérêt de l'étiologie de l'hydrocèle, — dit cet auteur en parlant de la vaginalite aiguë, — de quelle façon différente on a apprécié les rapports entre l'épididymite et la périorchite dans les affections aiguës et chroniques. Tandis que la périorchite aiguë n'était considérée que comme un symptôme de l'épididymite, l'affection de l'épididyme passait complètement inaperçue dans la périorchite chronique quoique ces rapports anatomiques aient la même valeur dans les deux cas.

Le rapport intime entre les vaginalites aiguës et les affections inflammatoires de l'épididyme est admis depuis longtemps, et Kocher tâche de nous expliquer pourquoi ce sont principalement les lésions de l'épididyme et non du testicule lui-même qui retentissent sur la séreuse. Une des planches de son livre représente la coupe longitudinale d'un testicule et de ses enveloppes chez un nouveau-né. Nous y voyons que la queue de l'épididyme est en grande partie constituée de tissu conjonctif riche en vaisseaux, qu'il existe un rapport de continuité entre ces vaisseaux et le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Il est facile à concevoir que, dans ces conditions, la vaginale pourra rester intacte dans les inflammations du testicule, mais qu'elle sera presque nécessairement et sérieusement compromise dans les inflammations de l'épididyme. Un traumatisme, une chaude-pisse sera le point de départ d'une épididymite, et l'affection secondaire de la séreuse pourra revêtir les formes différentes de la vaginalite.

Quoique moins évident, le rapport entre l'hydrocèle et les lésions de l'épididyme a pourtant été remarqué. Hunter, Pott, J. L. Petit avaient déjà émis l'idée que l'hydrocèle dite essentielle pourrait être le résultat de lésions méconnues de l'épididyme et du testicule. Panas généralise ce fait et arrive à la conclusion que les hydrocèles, au nombre desquelles, notons le bien, il classe aussi les pachyvagi-nalites à épanchement séreux, doivent être presque toujours la suite de lésions primitives de l'épididyme. A l'appui de son opinion il publie huit observations, et dans tous les cas une induration de cet organe accompagne l'hydrocèle. Il est vrai que Lannelongue et plus tard Terrillon ont démontré que dans ces cas l'induration que l'on sent dans l'épididyme ne concerne en réalité que le tissu cellulaire périépididymaire et la tunique fibreuse commune, tandis que l'épididyme n'est ni altéré, ni induré. Mais ce fait est-il bien général, comme le prétendent ces observateurs? Du reste cette localisation du procès inflammatoire dans le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme, n'est-ce pas une irritation qui ne laissera pas toujours des traces dans l'organe, mais qui retentira sur ses enveloppes? D'autre part Geuzmer et Volkmann, tout en admettant aussi la fréquence des altérations latentes de l'épididyme et du testicule dans les hydrocèles dites essentielles, accordent une grande importance pathogénique à l'existence très fréquente de petits kystes de l'épididyme qui détermineraient une altération de la séreuse.

En effet, si nous prenons en considération l'étroite union qui existe entre l'épididyme et la séreuse au point de vue de la vascularisation, il nous est facile de com-

prendre que dans cette forme chronique de la « périorchite séreuse », comme dans sa forme aiguë, les lésions de l'organe doivent influencer la séreuse. C'est ainsi qu'une chaude-pisse, ayant abouti à une épididymite, donnera lieu à une hydrocèle lorsque le malade se croira guéri depuis longtemps. Curling parle de cas d'hydrocèle qui l'ont conduit à soupçonner qu'elle se liait, « soit directement, soit par sympathie », à une affection de l'urèthre, telle qu'un rétrécissement ou une inflammation chronique. Il admet une forme spéciale qu'il appelle hydro-sarcocèle et dans laquelle l'altération du testicule est la lésion primitive, la cause d'une irritation qui amène la sécrétion anormale de la séreuse. Du fait que l'hydrocèle est surtout fréquente chez les hommes qui ont dépassé 40-50 ans Panas a conclu que, dans ces cas, on pourrait chercher le point de départ dans certaines maladies propres à cet âge, telles que calculs prostatiques, graviers uriques, hypertrophies de la prostate provoquant une épididymite latente qui se manifestera par une hydrocèle. Kocher a observé des cas d'hydrocèle d'origine traumatique où il a pu constater la lésion primitive de l'épididyme qui passe facilement inaperçue et n'est suivie d'épanchement dans la vaginale que quelques semaines plus tard, lorsque tous les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu. « D'une manière analogue, dit-il, agit la chaudepisse, comme cause déterminante de la « périorchite séreuse »; ici l'élément intermédiaire sera l'épididymite blennorrhagique. L'hydrocèle n'apparaît souvent que quelques années après la chaudepisse, souvent aussi quelques se-

maines après une épididymite survenue au cours d'une blennorrhagie. D'autres affections de l'urèthre, et surtout les rétrécissements, sont également suivies d'hydrocèle. Il est très naturel de penser dans ces cas au catarrhe chronique de l'urèthre qui se serait communiqué par l'intermédiaire du canal déférent à l'épididyme et se serait étendu de son tissu conjonctif interstitiel au tissu sous-séreux de la vaginale. » De la même façon s'expliqueront les hydrocèles à la suite de la syphilis, des néoplasmes du testicule et de sa tuberculose. Enfin l'hydrocèle, après un effort, par action de la presse abdominale, doit être attribuée, d'après Kocher, également à la préexistence d'affections chroniques de l'épididyme qui est en premier lieu influencé par la stase provoquée et dont l'irritation est suivie par celle de la séreuse.

Mais si ces faits de lésions primitives du testicule ne sont pas rares dans l'hydrocèle, d'un autre côté il est certain qu'on observe un grand nombre d'hydrocèles dans lesquelles l'organe est incontestablement sain et normal. C'est l'hydrocèle « idiopathique », très fréquent selon Follin et Duplay. Dans ces cas, nous admettons également, comme point de départ, une irritation primitive de l'épididyme, irritation qui n'a pas laissé de traces dans l'organe, mais a influencé la nutrition de la séreuse.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire plus haut que la pachyvaginalite, aussi bien que les autres formes de l'inflammation de la vaginale, peut être exceptionnellement primitive, ou plutôt indépendante du testicule ; ainsi, un épanchement sanguin dans la cavité vaginale, à la suite

d'un traumatisme ou d'un effort, provoquera, par irritation directe de la séreuse, une vaginalite et la formation de néomembranes. Mais, pour la grande majorité des cas, il faudra admettre les mêmes causes, le même mécanisme de formation comme dans les autres formes de la vaginalite, dont la pachyvaginalite à épanchement séreux ou hémorrhagique n'est qu'une subdivision clinique et, — au point de vue anatomo-pathologique, — une phase plus avancée de développement. C'est à Reclus que revient le mérite d'avoir relevé et approfondi cette question qui menaçait de tomber dans l'oubli. A la fin de notre thèse, nous citerons l'explication ingénieuse qu'il propose avec Brissaud, du rôle joué dans cette pathogénie par l'épididyme.

« La périorchite hémorrhagique, dit Kocher, n'est pour ainsi dire, que la forme chronique de la périorchite séro-fibrineuse dans laquelle les dépôts fibrineux se sont transformés en tissu conjonctif jeune et l'épanchement est devenu permanent ; si les néo-membranes ne deviennent pas tissu adulte, cicatriciel, si l'épanchement ne finit pas par se résorber, c'est que des nouvelles irritations, soit par des traumatismes, soit par une série d'hémorrhagies, n'ont pas permis à l'inflammation de s'éteindre. »

Les mêmes causes, en provoquant l'irritation de la glande spermatique, pourront être le point de départ de toutes les périorchites ; mais le développement que prendra l'affection de la séreuse dépendra soit du terrain, c'est-à-dire du caractère individuel de la séreuse intéressée, soit des conditions extérieures, spéciales et plus.

ou moins accidentelles, qui ont pu influencer le développement du processus pathologique dans la séreuse. De cette façon certaines affections des organes génito-urinaires, — de l'urèthre, de la prostate, peuvent être suivies de vaginalite chronique qui revêtira plus tard la forme hémorrhagique. Ce fait est remarqué et très clairement exposé déjà par Cooper. — « Chez les habitants des climats chauds, dit-il, et spécialement des Indes occidentales, la tunique vaginale est souvent atteinte d'inflammation lente et continue qui produit graduellement un épanchement d'eau dans sa cavité. Dans notre climat, nous observons la même affection chez les personnes sujettes aux maladies de l'urèthre et de la prostate, et il en résulte un petit épanchement d'eau avec des indurations qui paraissent siéger dans l'épididyme et le testicule, mais qui, en réalité, se trouvent dans la tunique. En faisant des observations d'hydrocèle provoquée de cette façon, j'ai trouvé la tunique vaginale épaissie à un tel point, qu'après l'incision, au lieu de retomber sur le testicule, elle restait à une certaine distance du feuillet viscéral, donnant lieu à une cavité, et se montrait raide et épaisse, comme du parchemin mouillé. » — Nous voyons qu'il s'agit dans ces cas de véritables pachyvaginalites. — « Un traumatisme, dit Kocher, après avoir provoqué une épididymite, donne lieu à une inflammation chronique de la vaginale, celle-ci devient, sous certaines influences, hémorrhagique et peut donner lieu à des épanchements sanguins, à une hématocele. »

Mais, de même que dans l'hydrocèle, nous nous trouvons ici souvent en présence de cas où la lésion primitive de

l'épididyme manque, où cet organe paraît être complètement sain. Dans ces cas encore il nous paraît logique d'admettre que le point de départ se trouvait dans l'organe et non dans la séreuse. « Dans les irritations habituelles et non perçues, tant elles sont faibles, comme la contusion des bourses du cavalier sur le pommeau de la selle, dit Reclus, — la glande souffre plus que la séreuse, mais la congestion, momentanée sur la première, se repercute sur la seconde qui réagit par la production d'une néo-membrane. Nous parlerons à cette place de l'influence incontestable des hernies scrotales, influence que nous ne voyons pourtant mentionnée nulle part. Les irritations du sac doivent retentir sur la vaginale qui lui est juxtaposée : en tous cas dans nos 117 observations nous en trouvons près d'un tiers où il y a coïncidence, et la hernie est toujours du même côté que l'hématocèle. »

La tuberculose du testicule se complique très souvent de périorchites et périépididymites intenses, et différents auteurs ont cité de véritables hématocèles provoquées par la tuberculose. « La séreuse est toujours altérée, dit Reclus, en parlant des complications de cette lésion du testicule ; — c'est une règle qui ne souffre guère d'exceptions. »

Cooper nous décrit une forme « d'inflammation chronique » du testicule avec suppuration et fistules scrotales, inflammation qui s'observerait surtout chez des personnes scrofuleuses et dans laquelle il est facile à reconnaître une affection tuberculeuse. « Au cours de cette inflammation une hydrocèle se produit dans la tu-

nique vaginale, et généralement, ou du moins fréquemment, il arrive que le liquide produit dans ces circonstances est coloré par le sang. »

### III

La syphilis doit également compter parmi les affections du testicule qui peuvent déterminer non seulement des hydrocèles, observées souvent à la suite de cette maladie, mais de véritables pachyvaginalités à contenu soit séreux, soit hémorrhagique. C'est un fait qui paraît définitivement établi par les observations que nous faisons suivre plus loin.

La vaginalite accompagnant les phénomènes secondaires de la syphilis, sans lésions appréciables du testicule et de l'épididyme, serait beaucoup plus rare, d'après Tédénat qui a observé un cas de ce genre. Sigmund en aurait vu aussi quelques exemples. Toutefois Tédénat est plutôt disposé à croire qu'en ces occurrences, comme dans les vaginalites blennorrhagiques et traumatiques, il existe une lésion primitive de la glande, mais que ces lésions peuvent être masquées par celles de la séreuse et passer inaperçues.

Dans le syphilome secondaire la vaginale ne serait jamais intéressée d'après Cornil ; Tédénat, au contraire, y trouve trois fois un épanchement très appréciable, et dans deux de ces cas, que nous publions plus loin, existaient les signes nets de la pachyvaginalite.

L'hydrocèle serait de règle dans le sarcocèle sclérogommeux. Gosselin considère même l'épanchement

comme un des meilleurs signes pour déterminer la nature syphilitique d'une tumeur testiculaire. D'après Reclus il serait beaucoup moins fréquent; il l'a rencontré à peine dans la moitié des cas sur 30 observations. Tédénat signale dans ces hydrocèles liées à la vaginalite syphilitique la couleur rosée du liquide qui dénote selon lui une tendance vers la transformation en hémotocèle.

Dans les vieilles orchites syphilitiques on trouve les feuillets de la séreuse épaissis et fusionnés. « Les enveloppes des bourses forment parfois une sorte de membrane unique de consistance et d'aspect fibro-cartilagineux (Reclus). » Quant à la pachyvaginalite hémorrhagique, à l'hémotocèle proprement dite, elle paraît être beaucoup plus rare. Nous n'avons pu en réunir que cinq observations, dont une seule personnelle. Dans deux de ces cas le point de départ de l'affection paraît être une vaginalite survenue au cours d'un syphilome secondaire et qui plus tard, par l'effet d'un travail inflammatoire chronique et continu, par l'effet, peut-être, de quelques influences traumatiques, a conduit à la formation de membranes vascularisées et à des éphancements hémorrhagiques de la vaginale. Cette apparition tardive nous fait classer l'hémotocèle parmi les phénomènes tertiaires de la syphilis.

OBSERVATION I (*personnelle*).

Pierre G., 33 ans, tonnelier, entre le 18 juin 1886 à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Reclus. Le malade paraît être de très bonne constitution. Il dit n'avoir jamais eu ni chaudière ni chancre ; mais au mois de décembre 1882 il s'aperçut que tout son corps était couvert de taches rouges. Un mois plus tard, en janvier 1883, il entra à l'hôpital de la Pitié, au service de M. Verneuil, pour un ulcère de la jambe qui résulterait, selon lui, d'un traumatisme. Le malade avait encore ses taches au moment de son entrée à la Pitié et l'interne du service lui dit qu'il avait la syphilis. En même temps, il remarqua que le côté gauche de ses bourses commençait à grossir sans que cela lui occasionnât la moindre douleur ; puis le côté droit se prit à son tour. Guéri de son ulcère, il sortit de l'hôpital avec des bourses considérablement dégonflées ; mais depuis elles gardèrent toujours un volume supérieur au normal. Au mois de mai 1886 la tumeur reparait d'abord à gauche, puis à droite, grossit rapidement et le malade se présente à l'hôpital.

16 juin. — Les bourses sont distendues par deux tumeurs de volume inégal, celui d'un gros poing à droite, un peu moins grande à gauche, où l'on constate de plus une pointe de hernie inguinale.

Au toucher, l'on trouve une plus grande souplesse à droite qu'à gauche ; transparence nette à droite, pas de transparence à gauche. Des deux côtés la tumeur est lisse, élastique et fluctuante. On fait une ponction à droite et on retire 350 grammes d'un liquide clair, albumineux. Lorsque le liquide a

été évacué, la tunique vaginale ne paraît pas sensiblement épaissie ; le testicule est plus volumineux qu'à l'ordinaire, dur, bosselé, déformé ; on ne peut pas distinguer l'épididyme du testicule ; l'on trouve cependant en bas, au point qui semble correspondre à la queue de l'épididyme, une masse saillante et indurée ; l'albuginée semble épaissie et comme blindée. La sensation caractéristique à la pression persiste, néanmoins il faut presser la glande avec une certaine énergie pour réveiller cette sensation. Le cordon, le canal déférent sont sains.

A gauche, la vaginale est extrêmement épaissie. La ponction extrait 75 grammes d'un liquide ressemblant beaucoup à de la bière brune ; mais, par obstruction de la canule, une partie du liquide ne s'est pas évacuée et l'exploration du testicule est très difficile ; néanmoins la glande paraît plus volumineuse que d'habitude, et l'on sent à sa surface les mêmes détails que de l'autre côté. M. Reclus porte le diagnostic de testicule syphilitique et hématocele de même origine et prescrit le traitement mixte : Iodure de potassium à commencer par 2 grammes et remonter jusqu'à dix par jour ; frictions mercurielles.

18 juin. — Le malade prend 10 grammes de iodure par jour.

25 juin. — Le même traitement continue ; le testicule droit est un peu moins dur ; du côté gauche la tumeur augmente, l'épanchement se réforme.

29 juin. — La glande se ramollit de plus en plus des deux côtés.

1<sup>er</sup> juillet. — Deuxième ponction à gauche ; on obtient 62 grammes d'un liquide rougeâtre, plus clair qu'après la première ponction. Deuxième ponction à droite qui donne 120 grammes de liquide citrin. Le testicule droit est souple. Le malade continue le traitement mixte.

5 juillet. — Le testicule droit présente à peu près le volume normal ; il est souple en certains points ; mais il en est d'autres où il existe des bosselures d'une dureté ligneuse. C'est ainsi que la face externe présente une saillie très nette et dont la dureté est comme cartilagineuse. La partie antérieure elle-même offre une sorte de crête d'une très grande résistance. Les autres parties sont relativement souples et on peut à cette heure distinguer l'épididyme du testicule proprement dit, ce que l'on ne pouvait faire autrefois. La queue de l'épididyme est souple, le canal déférent paraît indemne. Depuis la dernière ponction une très petite quantité de liquide s'est reproduite. La bourse gauche est encore du volume d'une orange, le liquide s'est reproduit, et l'épaisseur de la vaginale est telle qu'on ne peut au-dessous sentir les divers éléments de la glande ; il n'en est pas moins vrai que de ce côté encore, l'amélioration est considérable et que les néomembranes fléchissent sous les doigts qui les compriment, tandis que autrefois elles résistaient considérablement.

10 juillet. — Le malade quitte subitement le service.

24 octobre. — Le malade que nous n'avons pas revu depuis trois mois et demi se présente à la consultation de M. Reclus. Pendant tout ce temps il n'a suivi aucun traitement. A droite, la vaginale contient encore une petite quantité de liquide ; le testicule est de volume normal ; sa consistance est également normale ; l'albuginée ne présente plus les indurations caractéristiques trouvées au commencement ; dans la queue de l'épididyme on sent encore le noyau induré. A droite, la glande tuméfiée a encore le volume d'une mandarine ; l'épididyme paraît assez volumineux ; l'épaississement des enveloppes ne permet pas encore de se rendre compte des détails que peut présenter la surface et la consistance du testicule, mais en général il est devenu certainement plus souple.

Nous recommandons au malade de continuer le traitement interrompu à la sortie de l'hôpital, mais, après l'avoir suivi pendant quelques jours, il n'en veut plus et se prétend guéri.

Dans ce cas l'origine syphilitique des lésions nous paraît incontestable : certains antécédents plus que suspects, la bilatéralité de l'affection, l'indemnité du cordon, l'insensibilité du testicule à la pression, les altérations caractéristiques de l'albuginée, enfin le succès du traitement spécifique suffisent pour établir le diagnostic d'orchite et de pachyvaginalite syphilitique.

#### OBSERVATION II (*Tédenat*).

*Hématocèle survenue sans d'autre cause appréciable que la syphilis. — Inefficacité du traitement spécifique. — Suppuration de la poche à la suite d'une ponction. — Excision de la vaginale. — Guérison avec conservation du testicule et de l'épididyme sains.*

Louis P..., agriculteur, âgé de 35 ans. Tempérament sanguin, constitution forte ; sans antécédents personnels ou héréditaires de tuberculose ou de rhumatisme. Excellente santé jusqu'à l'âge de 33 ans. Alors, chancre induré au prépuce, suivi d'accidents secondaires typiques, mais peu graves.

A 34 ans (mai 1881), sans cause appréciable, Louis P... s'aperçut d'une tuméfaction de la bourse gauche. Ne souffrant pas, il ne fit aucun traitement. Le gonflement augmenta peu à peu, sans poussées inflammatoires douloureuses. Au mois de septembre 1882, je trouvai une tumeur du volume du poing, ovoïde, lisse, rénitente dans son ensemble avec quel-

ques points subfluctuants ; la sensation testiculaire persistait nette en bas et en arrière de la tumeur, opaque, indolore à la pression et qui ne gênait le malade que par son poids. Je diagnostiquai une hématocele et proposai une incision qui serait, selon l'état des parties incisées, suivie de décortication ou de castration. Le malade ne consentant pas, je conseillai un suspensoir ouaté compressif et un traitement mixte qui fut continué pendant trois mois sans résultat.

Je fus appelé auprès de ce malade le 23 juin 1884. Sa tumeur ayant continué à grossir, il avait consulté un médecin qui, pendant les mois d'avril et mai, avait soumis le malade à l'usage quotidien de 3 grammes d'iodure de potassium et, en fin de compte, pratiqué une ponction avec un trocart à hydrocele le 29 mai. Un demi-verre de sang était sorti, aucune injection n'avait été faite. Le surlendemain de la ponction, la tumeur était devenue chaude, rouge, douloureuse ; je pensai qu'elle était en voie de suppuration. Aussi, le même jour, je pratiquai l'opération suivante :

Anesthésie chloroformique. Incision antéro-externe sur toute la longueur de la tumeur. J'arrivai dans la vaginale où je trouvai du sang liquide noir, des caillots mous et un peu de pus. Avec les doigts et des éponges j'enlevai les caillots. La séreuse m'apparut épaissie, avec des stratifications hématiques irrégulières, ayant une épaisseur de 1 à 2 cent., selon les points, sur le feuillet pariétal ; beaucoup plus minces sur le feuillet viscéral. Comme elles étaient très adhérentes, je décollai la vaginale et excisai tout son feuillet pariétal, râclai avec la curette de Volkman et des éponges le feuillet viscéral. Le testicule et l'épididyme me parurent à peu près sains, sans tuméfaction diffuse ou nodulaire appréciable, sans diminution ou augmentation de consistance. Le suintement sanguin fut modéré. Je saupoudrai d'iodoforme toute la plaie, y étalai

des bandelettes de gaze iodoformée, l'occupant dans toute sa longueur et la dépassant par en bas, et plaçai six points de suture au catgut chromiqué sur les deux tiers supérieurs de l'incision. Grand suspensoir d'Horand bourré de gaz iodoformée et entouré en dessous et sur les côtés de gaze imbibée de solution de sublimé 1/3000.

4 juin. — Nuit bonne, pas de douleurs. Matin T. 37°,8. P. 80. Soir T. 38°,1.

5 juin. — Le malade va bien. T. 37°,3. — 37°,9.

6 juin. — Etat général excellent. T. 37°,4. — 37°,8. Pansement enlevé, sauf les bandelettes appliquées dans la plaie. Pas de pus. La réunion paraît se faire. Même pansement.

9 juin. — Points de suture enlevés. Pas de suppuration, plaie d'excellent aspect.

20 juin. — La cicatrisation est presque terminée ; il reste en bas une surface de 2 cent. en carré granuleux, rosé. Le malade se lève avec un grand suspensoir contenant un pansement à gaze iodoformée.

27 juin. — Guérison complète avec un peu d'empâtement superficiel et indolore.

15 juillet. — L'empâtement a disparu ; mobilité à peu près complète de la bourse sur la glande.

Monsieur Tédénat fait suivre cette observation de quelques remarques que nous joignons aux faits qu'elle contient.

*Remarques :* L'inefficacité du traitement mixte n'est pas un argument contre la nature syphilitique de cette pachyvaginite hémorrhagique. Dès l'instant où la néoformation fibreuse est arrivée à l'état adulte, la médication spécifique perd ses droits dans tous les cas de syphilomes. Elle les perd, à plus

forte raison, sur le sang épanché qui, dès lors, échappe aux modifications nutritives normales ou anormales, que les dernières soient d'ordre pathologique ou médicamenteux.

J'insiste sur l'absence de toute cause habituelle de pachy-vaginalite : contusion, froissements, équitation, efforts, blennorrhagie. J'insiste sur l'intégrité macroscopique de l'épididyme et du testicule.

OBSERVATION III (*Tédenat*).

*Hématocèle vaginale chez un syphilitique. — Petit nodule gommeux occupant le quart supérieur de l'épididyme. — Induration modérée du testicule. — Excision partielle avec râclage de la vaginale. — Guérison.*

Pierre Jug., 65 ans, employé de commerce. Lymphatique, constitution bonne, complexion moyenne. Blennorrhagie à 20 ans, guérit en deux mois sans complication. Syphilis à 33 ans, régulièrement traitée pendant deux ans et demi. Pas de rhumatismes.

Le malade me consulta, le 10 mars 1884, pour une tuméfaction de sa bourse droite. Elle avait attiré son attention, il y a huit ou dix mois ; elle avait alors le volume d'un œuf de poule. Etant indolore, elle a peu préoccupé le malade qui s'est contenté de frictions mercurielles sur l'organe malade et d'un suspensoir. Quand je vis P. J., la tumeur ovoïde, lisse, tendue, fluctuant mal, avait le volume d'un petit poing de femme. Sensation testiculaire imparfaitement ressentie quand la pression était exercée en bas et en arrière. Opacité complète. Je pensais à une hydrocèle à paroi épaissie et à liquide trouble et refusai de pratiquer l'injection iodée qu'un médecin avait conseillée. Le malade voulut attendre et fut traité par l'iodure de

potassium (3 grammes par jour). Il vint me voir au bout d'un mois. Son état n'avait pas changé ; il acceptait l'incision.

15 avril. — Anesthésie chloroformique. Lavage antiseptique des bourses et lieux voisins. Incision antéro-externe sur toute la longueur de la tumeur. Incision de la vaginale d'où s'échappe un grand verre de liquide roux foncé. Le feuillet pariétal de la séreuse est épaissi et présente un plaquage irrégulier de stratifications hématiques avec quelques petits caillots sanguins disséminés. Sur le testicule, quelques végétations rouges, molles, faciles à faire saigner.

Râclage du feuillet pariétal jusqu'à disparition complète des stratifications hématiques. Suintement sanguin abondant. Sur le testicule et l'épididyme, je me sers d'une éponge sèche et de l'ongle. Je constate la présence d'un nodule dur, légèrement saillant, occupant le quart supérieur de l'épididyme. Le testicule un peu tuméfié, de consistance ferme, présente un plaquage en mosaïque superficiel. J'excise de chaque côté de l'incision une languette de la tunique vaginale et le suintement sanguin étant arrêté, la cavité séreuse bien lavée (solution de sublimé à 1/5000), je mets six points de suture au catgut chromiqué sur la vaginale, avec un drain gros et court dans la partie inférieure. Sept points de suture pour la peau. Poudrage avec l'iodoforme. Collerette de gaze iodoformée, disposée autour du drain. Pansement antiseptique très soigné.

18 avril. — Le malade n'a pas souffert. La température maximum a été de 37°,9. Suintement séreux modéré. Injections sous douce pression par le drain. Pas de pus, pas de sang. Drain enlevé ; même pansement.

21 avril. — Ablation des sutures superficielles. Tuméfaction modérée ; pas de pus. Sur une hauteur de 15 millimètre, à la place du drain, surface granuleuse de bon aspect. Gaze iodoformée avec suspensoir.

30 avril. — Guérison avec un peu d'empâtement indolore.

Le malade est soumis au traitement mixte (1 centigramme de biiodure d'hydrargyre, 3 grammes d'iodure de potassium). Au mois de juin 1884, le testicule et l'épididyme me parurent avoir récupéré leur état normal.

OBSERVATION IV (*Tédenat*).

(*Mémoires de Chirurgie*).

Charles R..., 41 ans ; homme de peine, très bonne santé habituelle. Pas de rhumatismes ; jamais de chaudepisse, ni des traumatismes des bourses.

En mars 1873, le malade contracte un chancre pour lequel il fut soigné à la consultation de l'Antiquaille. Les accidents secondaires furent bénins. Deux mois après le chancre, un nodule fut découvert sur l'épididyme gauche ; il existait en même temps un épanchement très peu abondant dans la tunique vaginale. Je vis ce malade à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où il venait faire panser une plaie contuse de la main (août 1873), et constatai l'existence de frottements doux dans la tunique vaginale. Comme il n'y avait pas de douleurs, le malade ne prit aucun soin de son testicule.

En décembre 1876, cet individu entra à la salle Saint-Philippe, dans le service du professeur Valette, dont j'étais l'interne, pour une hématocele vaginale gauche, du volume du poing. La castration fut jugée nécessaire ; le malade refusa et quelques jours après quitta le service. Le malade s'était aperçu de sa tumeur depuis une quinzaine de mois. Elle avait grossi peu à peu et n'avait pas cédé à un traitement mixte, conseillé par le Dr Foltz. Comme il n'y avait eu ni contusions, ni uréthrite, on accusa la syphilis. Les commémoratifs indiquaient cette interprétation.

Les deux observations suivantes concernent des cas de pachyvaginalite au cours de la syphilis secondaire.

OBSERVATION V (*Tédenat*)

(*Mémoires de Chirurgie*).

Emile Ch..., 28 ans. Epididymite blennorrhagique droite, il y a deux ans, suivie de guérison complète. Chancre soigné à l'Antiquaille en novembre 1874. Au mois de février, cet homme se présenta à la consultation du D<sup>r</sup> Dron (Antiquaille), avec des plaques muqueuses anales, buccales et des syphilides palmaires. La bourse droite était tuméfiée, pyriforme, fluctuante. Il existait un épanchement très peu transparent dans la vaginale ; la quantité du liquide fut évaluée à 40 grammes environ. Sur le globule major, nodule du volume d'une noisette, indolore. Rien, ni sur le testicule, ni sur le cordon. Malgré le traitement mixte continué pendant deux mois, la quantité du liquide ne diminua que très peu ; le nodule, au contraire, se résorba rapidement (en un mois et demi). On sentait la vaginale un peu épaissie, et en exerçant des pressions méthodiques, on éprouvait la sensation de bruit de cuir neuf. Au mois de mai, l'épanchement avait sensiblement diminué, mais les frottements vaginaux persistaient. Le malade ne revint plus à la consultation.

Ce qui serait particulièrement à noter dans cette observation, selon Tédenat, c'est l'épaississement de la tunique vaginale et la lenteur avec laquelle se fit la résolution. En pareil cas, dit-il, il faut toujours craindre que l'inflammation ne passe à l'état chronique et ne

donne lieu plus tard à une hydrocèle ou une hémato-  
cèle.

Pas d'épanchement appréciable dans le deuxième cas  
mais les signes d'une pachyvaginalite manifeste.

OBSERVATION VI (*Tédenat*)

(*Mémoires de Chirurgie*).

X..., 28 ans, bonne santé habituelle. Chancre syphilitique  
au mois de juin 1872. Accidents secondaires bénins traités par  
les pilules de Dupuytren. Au mois de juin 1873, le malade se  
présente à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il  
se plaignait de vagues douleurs, surtout nocturnes, dans le  
testicule gauche ; il venait principalement pour une syphilide  
pustuleuse (front, poitrine), et des plaques muqueuses anales.  
L'épididyme gauche est tuméfié, lisse dans toute sa moitié su-  
périeure ; frottements rudes dans la vaginale épaissie. Pas  
d'épanchement appréciable. Nodule du volume d'un pois sur  
le globus major de l'épididyme gauche ; pas de vaginalite de  
ce côté. Suspensoir et traitement mercuriel. Ce malade ne fût  
plus revu ; il partit pour Saint-Etienne, où il travaillait dans  
les mines.

Le cas de Nélaton, que nous trouvons dans la thèse  
de Jamain, n'y est pas signalé comme étant d'origine sy-  
philitique ; néanmoins nous n'hésitons pas de le citer à  
côté de nos autres observations et de classer l'hémato-  
cèle, qui y est décrit, au nombre des pachyvaginalites  
syphilitiques. Le testicule engorgé, indolore, le succès du  
traitement à l'iodure de potassium, voici deux arguments  
qui militent en faveur de cette opinion. Jamain croit que

la guérison a été la suite de la ponction, mais cette explication ne nous semble pas acceptable, d'autant plus qu'il paraît oublier le testicule « engorgé. » Voici cette observation :

OBSERVATION VII (*Nélaton*).

Purblée (Jean), âgé de 57 ans, journalier, entré à l'hôpital des Cliniques, le 14 mai 1844, est couché au n° 6 de la salle des hommes.

Il porte dans le scrotum, à gauche, une tumeur irrégulièrement arrondie, dure, lisse, non bosselée, excepté dans un point circonscrit en avant où il existe une fluctuation assez évidente. Au niveau de ce point fluctuant, on sent une petite tumeur qui semble passer à travers un anneau bien dessiné et contenir un liquide que l'on peut refouler par la pression. La peau, généralement épaissie, adhère fortement aux tissus sous-jacents, au-dessus de cette petite tumeur. En arrière, on sent l'épididyme qui a légèrement augmenté de volume. La tumeur est opaque et douloureuse à la pression dans toute son étendue. Le malade n'a jamais eu d'affections vénériennes. Il y a dix-huit mois environ, il s'est aperçu qu'il avait dans le scrotum du côté gauche une tumeur de la grosseur d'une noix. Elle ne déterminait pas de douleurs ; il assure n'avoir pas fait d'efforts violents, n'avoir pas reçu de coups sur la région des bourses ; seulement il est obligé de marcher beaucoup et de porter de lourds ballots. La tumeur grossit pendant deux mois sans changer de caractère, mais elle ne tarda pas de devenir douloureuse pendant la marche. Un médecin qui la vit alors déclara, d'après le dire du malade, qu'il avait de l'eau dans les bourses et qu'il fallait pratiquer une opération.

Sept à huit mois après ce début, la tumeur, déjà douloureuse depuis plusieurs semaines, se rompit tout d'un coup pendant la marche. La douleur qui accompagna cette rupture fut très vive. Le malade porta aussitôt la main à ses bourses, s'aperçut que la tumeur avait diminué et que la peau était rougeâtre ; le soir elle était devenue noire. Il continua nonobstant à travailler, en ayant seulement le soin de tenir les bourses relevées ; enfin, les douleurs l'ayant obligé d'interrompre ses travaux, il est entré à l'hôpital le 14 mai. Sous l'influence de l'iodure de potassium (1 gramme par jour), la tumeur semble diminuer peu à peu de volume. Le 31 mai, M. Nélaton aperçoit une légère transparence ; il fait à la partie antérieure des bourses une ponction qui donne issue à 80 grammes d'un liquide rouge-brun assez limpide et dont la dernière partie qui s'écoule est plus colorée que la première. Après l'évacuation du liquide, on sent que le testicule et l'épididyme sont engorgés, les tissus sous-jacents paraissent épaissis.

3 juin. — La tumeur a repris peu à peu son volume primitif ; elle n'est pas douloureuse et offre les mêmes caractères qu'avant la ponction.

11 juin. — Elle a sensiblement diminué ; elle présente encore de la fluctuation dans un point limité qui fait saillie en avant du testicule.

15 juin. — Le malade ne présente plus qu'un léger engorgement de l'épididyme, qui diminue lui-même sous l'influence de l'iodure de potassium (20 grammes par jour) (?)

24 juin. — Il quitte l'hôpital n'ayant plus qu'un engorgement insignifiant de l'épididyme et une petite tumeur indolente de la grosseur d'une très petite noisette en avant du testicule ; il porte un suspensoir et doit continuer l'iodure de potassium.

Ces observations nous paraissent démontrer que la syphilis testiculaire, aussi bien que d'autres affections de cet organe, peut donner lieu à des pachyvaginalites. C'est un nouvel argument à l'appui des idées que nous venons d'exposer sur la pathogénie de l'hématocèle en général.

Cette étude ne serait pas complète, si nous ne tâchions pas de donner une explication physiologique et anatomique de cette étroite liaison que nous avons constatée entre les lésions de la glande spermatique et de son enveloppe séreuse. Mais comme notre exposition ne saurait être qu'une périphrase de ce que nous trouvons à ce sujet dans l'excellent article de Reclus sur l'hématocèle, nous citons tout ce passage qui donne, nous semble-t-il, une explication plus claire et complète que celle de Kocher sur le rôle joué par l'épididyme dans la pathogénie des vaginalites :

« La pachyvaginalité est donc pour nous une affection secondaire ; une lésion, cachée ou patente, de la glande spermatique, la précède et l'engendre : l'inflammation du viscère a comme corollaire l'inflammation de la séreuse qui devient parfois la maladie principale. Voici comment nous et notre ami Ed. Brissaud qui nous a beaucoup aidé dans ce travail, reflet de notre commune opinion, comprenons l'enchaînement et la succession des phénomènes. La glande est irritée, la circulation se ralentit et les globules blancs quittent les vaisseaux au niveau des bouches absorbantes. Ces leucocytes sont un centre de coagulation pour la fibrine qui s'étale en minces couches au-dessus de l'épithélium sain encore ; l'exsudat fibrineux ne se dépose pas indistinctement dans tous les points ; il

s'accumule dans les régions où les lymphatiques viscéraux sont le plus abondants et, règle générale, plus sont étroites les connexions des lymphatiques viscéraux avec les lymphatiques sous-séreux, plus facile et plus intense sera la réaction de la séreuse. Cette loi nous explique une particularité bien remarquable, l'abondance des néomembranes au niveau de l'épididyme, leur absence ou leur extrême ténuité à la surface du testicule.

« En effet, les lymphatiques de la membrane albuginée n'ont aucune connexion avec ceux du feuillet séreux qui l'enveloppe et les autres, sans réseau commun et sans anastomose, convergent avec l'épididyme. On n'a point ces inosculations à plein canal observées à la plèvre, au péricarde et au péritoine. Cette indépendance singulière, ce manque de solidarité cessé au niveau de l'épididyme où capillaires séreux et parenchymateux se mêlent et confluent. Aussi, selon la règle, le testicule et son albuginée réagissent à peine sur la séreuse, presque toujours intacte, tandis que l'épididyme imprime à son feuillet une activité toujours remarquable. Et les occasions sont nombreuses : l'épididyme est bien souvent malade, ce n'est point un conduit excréteur banal — ce rôle est dévolu au canal déférent — c'est un organe très délicat et sensible par excellence. Son atmosphère celluleuse lâche le protège à peine, tandis que le testicule est à l'abri sous sa carapace albuginique : sa richesse vasculaire est extrême ; il est le centre d'irradiation des artères, le point de convergence des veines et, à ses lymphatiques, il ajoute ceux du testicule. Aussi voit-on se développer dans l'épididyme les inflammations qui, parties de l'urè-

thre, ont traversé impunément la prostate, les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et le long trajet du canal déférent.

« La conclusion est facile à tirer : la pathologie générale nous apprend que les inflammations des séreuses sont presque toujours secondaires : elles succèdent aux lésions des organes qu'elles enveloppent. La vaginale n'échappe point à cette loi et l'examen des conditions étiologiques, la lecture des observations nous montrent que l'hématocèle en particulier, doit avoir pour origine non une irritation directe, mais quelque affection de la glande spermatique. Encore faut-il distinguer, et nous voyons que le testicule, isolé dans sa membrane albuginée, sans relation intime avec le feuillet de la séreuse, est à peu près sans influence sur la production des néomembranes absentes ou peu épaisses à son niveau. Au contraire, l'épididyme délicat, sensible, mal protégé, très-vasculaire, réagit d'autant plus sur la vaginale que leurs deux réseaux lymphatiques s'anostomosent largement ; c'est donc à son niveau que s'accumuleront les néo-membranes, et leurs feuillets seront d'autant plus épais qu'ils se rapprocheront de ce centre originel ».

Avant de terminer, nous tenons à répéter encore une fois, en les résumant en quelques mots, les deux conclusions principales qui découlent de notre étude :

- 1° La pachyvaginalite est une affection secondaire.
- 2° La syphilis peut causer la pachyvaginalite.

## BIBLIOGRAPHIE

Astley Cooper. — Observations of the structure and diseases of the testis, 1830.

Bouilly. — Manuel de pathologie externe, T. IV, 1886.

Cloquet (Ernest). — De l'hématocèle vaginale. Thèse de Paris, T. III, N° 6, 1846.

Curling. — Hématocèle. In Malades du testicule, traduction française, avec notes et additions par Gosselin.

Donnay. — De l'hématocèle de la tunique vaginale et de ses complications à la suite de ponctions exploratrices. Thèse de Paris, 1877, N° 190.

Dupuytren. — Clinique chirurgicale, T. IV.

Follin et Duplay. — Traité élémentaire de pathologie externe, T. VII.

Fournier. — Du sarcocèle syphilitique. 1873.

Gosselin. — Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle et sur son traitement. In Arch. gén. de méd. sept. 1851.

Guillon. — De l'hématocèle vaginale. Thèse de Paris, 1877.

Hunter (John). — Hematocele specifica testis. Œuvres complètes de Hunter; traduct. franç. par Richelot. T. I, 1839.

Jamain. — De l'hématocèle du scrotum. Thèse pour l'agrégation en chirurgie, 1853.

Kocher. — Krankheiten des Hodens, etc. In Pitha und Billroth, Handbuch der Chirurgie. Band III, 2<sup>te</sup> Abth., 1871.

Lannelongue. — Hématocèle vaginale. In Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques. T. XVII, 1873.

Poulet et Bousquet. — Traité de pathologie externe, T. III.

Pott. — Œuvres chirurgicales, 1777.

Reclus. — De la syphilis du testicule. In Diction. encyclop. des sciences méd. Art. Testicule.

Reclus. — Hématocèle. In Diction. encyclop. des sciences méd.

Reclus. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1876.

Reverdin. — De l'hydro-hématocèle par rupture de la tunique vaginale. In Annales des maladies génito-urinaires. Juin et juillet 1883.

Sigmund. — Syphilis und venerische Geschwürsformen. In Pitha und Billroth. Handbuch der Chirurgie. B. I, 2<sup>te</sup> Abth.

Tédenat. — Mémoires de chirurgie. Première série, 1885.

Terrillon. — Anatomie pathologique et pathogénie de l'épididymite. Bullet. de la Soc. de Chir. 1881.

Velpeau. — De l'hématocèle, dans les Leçons orales de clinique chirurgicale, T. II, 1841.

Vidal de Cassis. — Traité de pathologie externe, T. V.

VU :

*le président de la thèse,*

FOURNIER.

VU :

*Le doyen de la Faculté,*

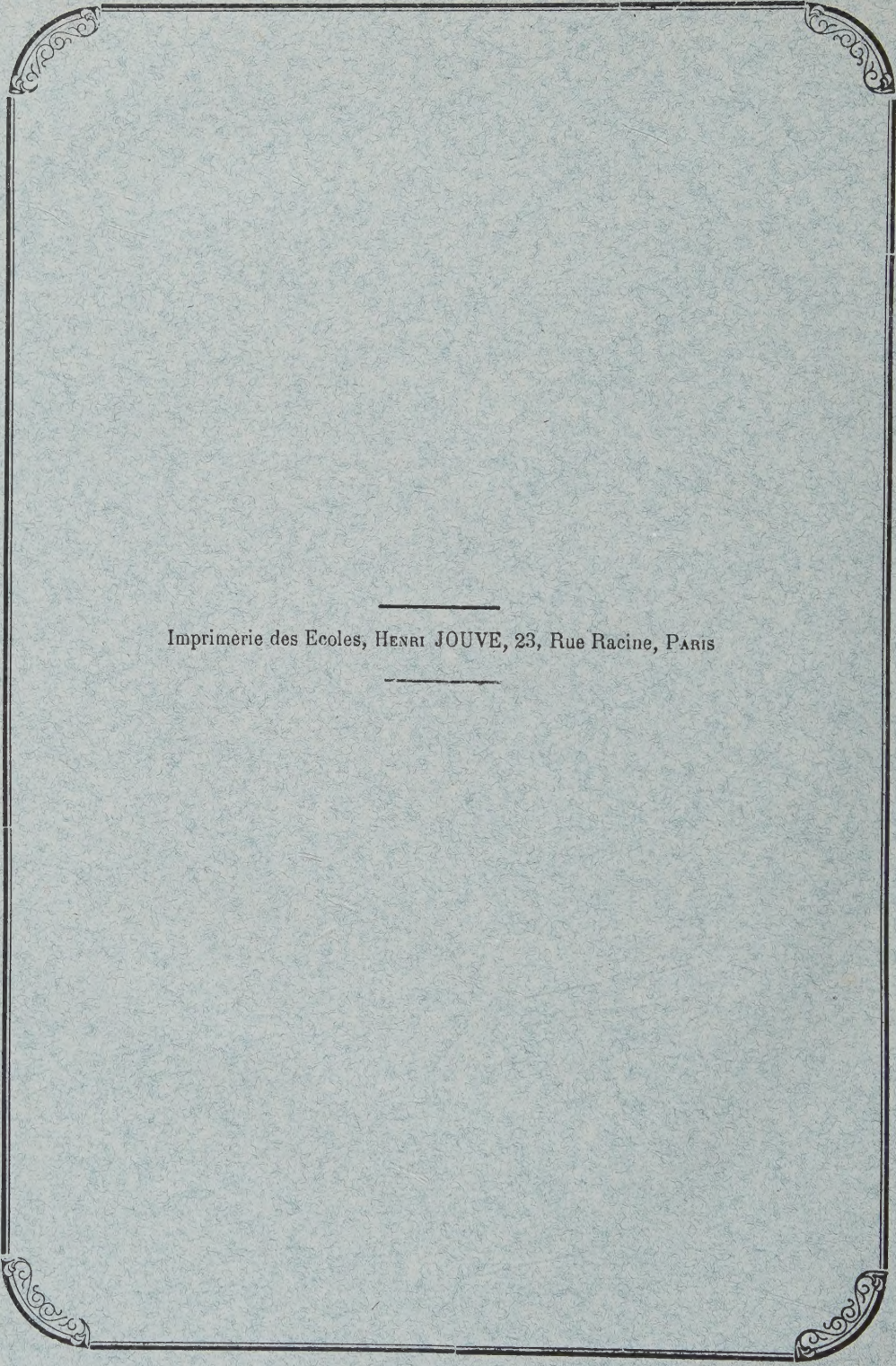
BÉCLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*le vice-recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.





---

Imprimerie des Ecoles, HENRI JOUVE, 23, Rue Racine, PARIS

---